

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904 — N° 143

RHUMATISME TUBERCULEUX

Kystes Poplités

D'ORIGINE TUBERCULEUSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Avril 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon ASTIER

Né à la Mure (Isère), le 24 juillet 1877



LYON

Imprimerie WALTENER & C^{ie}

3, Rue Stella, 3

1904

RHUMATISME TUBERCULEUX

Kystes Poplités

D'ORIGINE TUBERCULEUSE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904 — N° 143

RHUMATISME TUBERCULEUX

Kystes Poplités

D'ORIGINE TUBERCULEUSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenu publiquement le 12 Avril 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon ASTIER

Né à la Mure (Isère), le 24 juillet 1877



LYON

Imprimerie WALTENER & C^{ie}

3, Rue Stella, 3

—
1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
HUGOUNENQ. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE. BONDET.
Cliniques chirurgicales	BARD. PONCET. JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements.	X...
Clinique ophtalmologique	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Clinique des maladies des enfants	WEILL.
Physique médicale	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	BEAUVISAGE.
Parasitologie	LORTET.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne	TEISSIER.
Pathologie externe.	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIPPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT (J.)
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacologie	FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.) agrégé
Maladie des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale.	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Accouchements	FABRE, —
Matière médicale	MOREAU, —
Anatomie topographique	DURAND —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. CECCALDI, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, *Président*; M. VALLAS, *Assesseur*;
MM. BÉRARD et TIXIER, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Dont je tâcherai de conserver les principes
d'honnêteté, de dévouement et de charité qui
ont toujours régné dans sa famille.

A MA MÈRE

Je n'oublierai jamais tous ses sacrifices et sa
tendre sollicitude. Je lui dédie ce modeste
travail, comme hommage filial de ma grande
reconnaissance et de mon profond respect.

A MON FRÈRE

Témoignage d'affectueux attachement.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

Professeur de Clinique Chirurgicale
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

PRÉFACE

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes heureux de remercier tous ceux qui se sont intéressés à nous, et qui ont bien voulu nous aider de leurs conseils et de leurs utiles renseignements.

Que M. le Professeur Poncet accepte le témoignage de notre respectueuse gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait de présider notre thèse après nous en avoir inspiré le sujet.

Que M. le Dr Thévenot, chef de clinique à l'Université de Lyon, veuille bien nous permettre de lui offrir l'expression de notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il a montrée à notre égard en mettant à notre disposition ses conseils et la plupart des observations, qui font le sujet de notre thèse.

Nous conserverons toujours un excellent souvenir de nos deux années d'internat à Grenoble, si vite écoulées hélas ! Que nos chefs de service et Professeurs de l'Ecole de Médecine, que MM. les Drs Girard, Porte,

Perriol, Comte, Deschamps, Cibert, Jacquemet reçoivent en cette circonstance nos meilleurs sentiments de reconnaissance et nos remerciements pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée.

Que tous nos amis d'étude enfin veuillent agréer l'assurance de notre bon souvenir.

INTRODUCTION

Dans une récente leçon clinique, à laquelle nous assistions, M. le professeur Poncet présenta un malade, chez lequel il fit le diagnostic de kyste poplité d'origine tuberculeuse. Ses considérations, dans lesquelles il entra sur ce sujet nouveau, nous intéressèrent tout particulièrement, et nous avons eu la bonne fortune de trouver, quelques semaines après, cette leçon rédigée par M. Thevenot dans les *Annales Médico-chirurgicales* du Centre (Tours 2 janvier 1904).

Nous avons pu depuis mettre également à contribution un article de M. Thevenot, sur le même sujet, paru dans le *Bulletin Médical* du 2 mars 1904.

Il nous a paru intéressant d'étudier le sujet aussi complètement que nous pouvions le faire dans un laps de temps relativement court et d'en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

En dehors des rares observations de kystes poplités d'origine tuberculeuse parues jusqu'à ce jour, nous avons pu recueillir un fait personnel de ce genre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Professeur Pollosson.

Dans ce travail nous avons à peu près exclusivement en vue une question de pathogénie. Et nous espérons, avec des observations bien prises, apporter quelques renseignements nouveaux sur le développement de ces tumeurs.

Nous étudions surtout, en effet, une forme particulière d'inflammation des bourses séreuses, caractérisée par des lésions, d'apparence uniquement inflammatoire, et qui appartiennent dès lors à la catégorie des lésions englobées par M. Poncet sous le nom de rhumatisme tuberculeux lorsqu'elles offrent de plus, en clinique, l'évolution, le type des affections rhumatismales.

Pour être plus clair nous dirons d'emblée que nous avons en vue uniquement les kystes poplités à contenu séreux, muqueux, etc, avec une poche lisse plus ou moins épaisse, etc., et alors que l'ensemble de ces kystes répond tout à fait aux nombreuses descriptions classiques qui en ont été données.

Au lit de tel malade, autrement dit, on porte et, avec juste raison, le diagnostic de kyste du creux poplité. Aujourd'hui avec les recherches de M. Poncet et de ses élèves sur les diverses modalités de la tuberculose inflammatoire, rhumatismale, ce seul diagnostic ne nous suffit pas. Dans nombre de cas, il serait possible d'en établir la cause, de la compléter, au point de vue étiologique et de libeller alors un tel diagnostic, ainsi que nous croyons pouvoir l'établir dans le cours de ce travail, de la façon suivante : Kyste du creux poplité d'origine tuberculeuse.

Dans un premier chapitre, nous jetterons un coup

d'œil rapide sur l'anatomie de la région poplitée et de ses bourses séreuses.

Dans un deuxième chapitre, nous ferons l'historique de la question.

Dans un troisième chapitre, nous étudierons la pathogénie et l'anatomie pathologique de ces hygromites de nature bacillaire.

Dans un quatrième chapitre, la symptomatologie de ces kystes, communiquant ou non, avec l'articulation du genou correspondante.

Enfin dans un dernier chapitre, le pronostic et le traitement.

DESCRIPTION ANATOMIQUE

Avant d'entrer dans l'étude des kystes du creux poplité, il est intéressant de jeter un coup d'œil rapide sur l'anatomie de la région et de se remémorer surtout les différentes bourses séreuses qu'on y rencontre et qui peuvent être tour à tour le siège de lésions dont nous allons nous occuper.

L'articulation comprend quatre groupes musculaires circonscrivant le losange poplité. 1° En haut et en dehors, les deux portions du biceps crural. 2° En haut et en dedans, le demi-tendineux, le demi-membraneux, le droit interne et le couturier. 3° En bas et en dehors, le jumeau externe, le plantaire grêle et le poplité. 4° En bas et en dedans, le jumeau interne. L'espace compris entre ces muscles est comblé par du tissu cellulo-adipeux. Nous y rencontrons successivement, en allant de dehors en dedans, le nerf, la veine, et l'artère.

Les bourses séreuses se distinguent, comme les muscles eux-mêmes, en internes et externes. Il n'existe pas de bourse médiane.

Les bourses internes sont ordinairement au nombre de trois. 1° La bourse du jumeau interne située entre l'insertion supérieure de ce muscle et le condyle interne. Elle communique ordinairement avec la synoviale articulaire. 2° La bourse commune du jumeau interne et du demi-membraneux, située comme son nom l'indique entre le jumeau et le demi-membraneux. Indépendante chez les jeunes sujets, elle communique une fois sur dix chez l'adulte de 20 à 40 ans, une fois sur cinq chez les sujets de plus de 40 ans. 3° La bourse propre du demi-membraneux, située un peu au-dessous de la précédente, entre le tendon du demi-membraneux et la partie correspondante de la tubérosité interne du tibia. Elle est dans la grande majorité des cas entièrement indépendante.

Les bourses externes sont au nombre de trois, plus un prolongement que la synoviale du genou envoie au muscle poplité. 1° la bourse du biceps qui se développe entre le tendon de ce muscle et le ligament latéral externe. 2° La bourse du ligament latéral externe entre la partie supérieure de ce ligament et le tendon du poplité. 3° La bourse du jumeau externe qui se développe au-dessous du tendon de ce muscle. Ces trois dernières bourses sont très inconstantes. D'où la rareté des kystes développés à leurs dépens.

HISTORIQUE

De tous temps les chirurgiens ont été frappés de l'existence de tumeurs kystiques articulaires, péri-articulaires, survenant sans causes apparentes ou à la suite de traumatismes ou d'arthrites. Mais leur pathogénie n'en était pas moins restée obscure.

On a cru pendant longtemps que les kystes poplités résultaient d'une hernie de la synoviale du genou à travers les ligaments postérieurs.

C'est en 1850 seulement, qu'on agita sérieusement la question. On s'occupa du siège, de l'origine et des différentes variétés des kystes. C'est à ce moment que Gosselin fit une étude approfondie des kystes séreux du poignet, basée sur l'anatomie. Il démontra que l'oblitération de l'orifice de ces cryptes et l'accumulation de la synovie dans leur intérieur est le point de départ de ces formations kystiques. On échafauda toute la pathogénie de ces kystes sur ces données.

En 1856 Foucher réfuta ces théories dans les archives de médecine par un mémoire important. Pour Foucher ces kystes ne sont pas des produits d'une expansion anormale d'une synoviale ou d'un follicule, mais prennent naissance dans les bourses séreuses des tendons.

Les Mémoires de Marrant-Baker traitent des collections purulentes qui envahissent le creux poplité après une ostéo-arthrite.

En 1886, Poirier fait une étude très complète des kystes après de nombreux travaux et dissections de kystes et il conclut à une origine articulaire.

En dehors des conditions anatomo-physiologiques spéciales à la région poplitée, et de l'étiologie traumatique parfois plus ou moins vague, on ne savait trop quelle cause évoquer. On faisait intervenir alors l'arthritisme, le rhumatisme, etc.

On avait bien décrit, il est vrai, des kystes poplités tuberculeux, symptomatiques d'une tumeur blanche du genou (Critzmann).

Schwartz avait également signalé la présence de grains riziformes dans un kyste poplité; mais dans cette voie on n'était pas allé au-delà de ces kystes bacillaires, avec produits spécifiques, la plupart du temps secondaires à une ostéo-arthrite tuberculeuse de l'articulation du genou.

Il appartenait à M. le Professeur Poncet de montrer, par ses recherches sur le rhumatisme tuberculeux, qu'à côté de la tuberculose chronique, il existait une tuberculose simplement inflammatoire sans produits tuberculeux, au sens clinique de ce mot et donnant

lien à des lésions *para-tuberculeuses*, ne se distinguant, le plus souvent, par aucun caractère apparent, des lésions inflammatoires habituelles.

Cette notion de pathologie générale, bien établie pour les articulations, pour les séreuses tendineuses etc., etc., doit être aussi justifiée pour les bourses séreuses en particulier pour celles du creux poplité, ainsi que nous espérons le démontrer au cours de ce travail.

III

PATHOGÉNIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Jusqu'à présent on n'a décrit, comme kyste tuberculeux du creux poplité, que des kystes renfermant des produits tuberculeux au sens anatomo-pathologique attaché à ce mot et caractérisés par des granulations, des fongosités, du pus, de l'infiltration caséeuse, etc., et histologiquement par des nodules, des follicules tuberculeux, des cellules géantes, etc.

Cette forme de tuberculose ne nous arrêtera pas longtemps. Elle ne présente dans l'espèce rien de particulier.

Elle est, la plupart du temps, d'après nos recherches, secondaire, symptomatique d'une ostéo-arthrite tuberculeuse du genou correspondant, et il ne semble pas du reste, en dehors de quelques rares observations d'hygromites poplitées avec grains riziformes, que l'on se soit préoccupé des lésions bacillaires de ces bourses séreuses.

Elles ne sont alors, en effet, qu'une complication de voisinage, qu'une sorte d'épiphénomène, au milieu des accidents synoviaux, ostéo-articulaires qui appellent l'attention.

Ainsi que nous l'avons dit déjà, l'arthrite fémoro-tibiale est primitive et c'est par continuité avec l'article que certaines bourses séreuses sont atteintes.

Les recherches de Gosselin, de Foucher et de Poirier etc., rendent très bien compte du mécanisme de cette propagation, de sa fréquence pour la bourse séreuse du jumeau interne et du demi-membraneux et quelquefois, mais plus rarement du muscle poplité.

Quelque soit du reste le mode de formation des bourses séreuses poplitées, qu'elle soit primitivement d'origine articulaire, qu'elle soit due à une hernie de la synoviale, etc. ou qu'il s'agisse de cavités séreuses indépendantes, à un moment donné, de l'articulation ou communiquant avec elle, le mode d'envahissement reste le même.

Les kystes que nous avons en vue sont les kystes ordinaires et jusqu'à présent ils ont continué à être englobés sous le terme générique de kystes du creux poplité, ce qui ne préjugait rien de leur nature. Ce n'est pas en effet par des signes cliniques, par le caractère de la poche et de son contenu que leur diagnostic peut être le plus souvent établi.

Ici encore, comme dans la grande classe des arthropathies, qui constitue le rhumatisme tuberculeux, c'est par les antécédents du malade, par l'existence présente ou passée de manifestations tuberculeuses, par la concomitance d'une arthrite tuberculeuse du

genou, etc., etc., enfin par l'absence de toute autre cause infectieuse que la tuberculose, que l'on arrive à préciser le diagnostic.

Dans leur monographie : rhumatismes tuberculeux paru dans l'œuvre médico-chirurgicale du Dr Critzman (Masson, Paris 1903), MM. Poncet et Mailland ont longuement étudié cette question à propos des manifestations rhumatismales articulaires et extra-articulaires de la tuberculose.

Les considérations dans lesquelles ils sont entrés en ce qui concerne les synoviales articulaires, s'appliquent naturellement de tout point aux gaines tendineuses, aux bourses séreuses, etc., quelqu'en soit le siège ; et si dans certaines de ces lésions on a pu, dans les liquides épanchés, dans les tissus enflammés (Dieulafoy, Griffon) trouver le bacille de Koch, la plupart du temps il semble faire défaut ainsi qu'en témoignent les inoculations négatives chez le cobaye et il s'agit alors d'une toxémie locale. Les cas où le poison tuberculeux élaboré dans quelque foyer latent ou apparent, agit à la façon d'autres poisons bien connus, et produit des arthrites, synovites tendineuses, hygromites etc., par tuberculisation à distance, ne sont plus à démontrer. Faut-il encore, à ce propos, rappeler que les injections de lymphé de Koch entre les mains de MM. Lannelongue, Poncet, se sont maintes fois accompagnées d'arthralgies, de polyarthrites aiguës plus ou moins tenaces ?

L'étiologie, la pathogénie et aussi l'anatomie pathologique des hygromites poplitées de nature tuberculeuse, appartiennent à la pathologie générale, on le

voit, du rhumatisme tuberculeux. A cet égard nous ne pourrions donc que répéter ce qui a été déjà dit par différents auteurs et mieux que nous ne saurions le faire. Il nous sera cependant permis, en analysant nos observations, de présenter quelques particularités intéressantes sur les kystes poplités d'origine tuberculeuse.

IV

SYMPTOMES

Nous ne nous étendrons guère ici sur les symptômes qui sont ceux de tous les kystes poplités, avec la seule différence qu'ils coïncident très fréquemment avec des lésions tuberculeuses du genou ou d'autres organes.

Le début est insidieux et passe inaperçu ; on remarque certains troubles fonctionnels, tels que de la gêne et des crampes. A la pression on ne constate aucune douleur. Les kystes poplités se présentent sous la forme de tumeurs ovoïdes, régulières, lisses. Leur volume peut varier de celui d'une noisette à celui du poing. Si on étend le membre, la tumeur devient proéminente et durcit. Si on fléchit la jambe elle devient molle et fluctuante.

Si l'on essaye de mobiliser la tumeur, elle semble adhérente aux parties molles à moins qu'on ait affaire à un kyste pédiculé situé dans la région médiane du creux poplité. Ces kystes sont souvent réductibles,

et cela prouve qu'ils communiquent avec l'articulation, dans laquelle il y a souvent de l'hydarthrose. Pour rechercher la réductibilité, il faut placer la jambe dans la flexion. Si la communication existe entre la tumeur et l'articulation, la tumeur disparaît, la rotule se soulève et l'hydarthrose augmente. Quelquefois cette disparition ne peut être qu'apparente. Il faut enfoncer profondément les doigts pour se rendre compte de son absence dans le tissu cellulaire du creux poplité.

La nature du liquide, contenu dans les kystes poplités d'origine tuberculeuse, est à peu près analogue à celui des autres kystes qui est tantôt séreux, tantôt de consistance gelée de groseille. Il peut être encore rougeâtre, filant, hémorragique. Il peut enfin devenir purulent et se transformer en abcès froid.

Dans trois cas de kystes poplités, coexistant avec une affection tuberculeuse du genou, D'Arcy Power a montré à la Société pathologique de Londres que ces trois tumeurs contenaient des corps flottants semblables à de la graine de courge.

Le docteur Critzmann, interne des hôpitaux, a trouvé un contenu myxomateux dans un kyste de la bourse commune chez un jeune homme de 20 ans, atteint en même temps de synovite fongueuse du genou, l'extirpation fut faite par M. Tillaux le 20 février 1890. Les parois contenaient des cellules géantes. Quatre cobayes inoculés les uns avec le contenu, les autres avec la paroi moururent de tuberculose.

OBSERVATIONS

Nous avons pu recueillir six observations, que nous donnons en détail, de kystes tuberculeux du creux poplité.

Trois d'entr'elles ont été prises à la clinique de M. Poncet. La quatrième est empruntée au docteur Critzmann. Les deux autres, personnelles, appartiennent au service de MM. les Professeurs Jaboulay et Pollosson, où nous les avons recueillies.

OBSERVATION I

(Recueillie à la Clinique Chirurg. de M. le professeur Poncet et publiée dans une leçon clinique : *Kystes du creux poplité de nature tuberculeuse*, dans les Annales Médico-Chirurgicales du Centre, — L. Thevenot, 3 janvier 1904.)

Kyste poplité développé aux dépens de la bourse séreuse du jumeau interne et du demi-membraneux. Arthrite chronique avec hydarthrose du genou droit correspondant. Arthrite d'allure bacillaire.

(Réaction locale intense après injection sous-cutanée de tuberculine. Séro-réaction pratiquée par M. Paul Courmont, très nettement positive.)

Inoculation négative à deux cobayes de la sérosité retirée du kyste.

Les animaux injectés par M. L. Dor au laboratoire de M. Poncet, le 5 décembre 1903 ont été sacrifiés le 3 mars 1904.

X..., âgé de 34 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Philippe n° 41 (service de M. Poncet), le 41 décembre 1903.

Cet homme, d'aspect robuste, dans la force de l'âge, et l'air bien portant exerce le métier pénible de boulanger.

On ne trouve rien dans ses antécédents qui puisse jeter immédiatement quelque lueur diagnostique sur

l'affection articulaire et poplitée du genou droit, qui l'amène à l'hôpital. Son père est mort cependant, il y a 16 ans, d'une maladie de consommation ? qui aurait duré cinq ans, et sur laquelle il ne nous est pas possible d'avoir des renseignements plus précis. Sa mère est bien portante. Il a cinq frères ou sœurs également en bonne santé.

Personnellement, il n'a jamais été malade. Il a fait trois ans de service militaire.

La maladie actuelle. — L'affection remonte à six ans. A cette époque, il glissa et tomba sur les genoux. Cet accident fut d'ailleurs insignifiant en apparence, puisque le malade continua à marcher encore pendant deux heures.

La nuit suivante, il ressentit des douleurs dans la région traumatisée, et, le lendemain, en explorant avec la main la face postérieure du genou, il découvrit l'existence d'une petite tumeur. Il garda le lit pendant trois jours et reprit son travail.

Depuis lors, il ne souffrait presque plus de son genou. Quelque fois cependant, mais à des intervalles très éloignés, les douleurs survenaient. Elles disparaissaient d'ordinaire très vite, et ce n'est qu'exceptionnellement, qu'elles nécessitèrent un repos au lit de 24 heures. Le malade put ainsi faire son métier de boulanger jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Pourtant la tumeur du creux poplité augmentait d'une manière continue, et, quelques années après, le genou lui-même parut distendu par du liquide. Cette progression lente, mais constante, s'est accentuée jusqu'à ce jour.

En examinant le malade dans son lit, la tuméfaction du genou droit est très apparente.

En arrière, le creux poplité est déformé.

La dépression qui constitue normalement sa moitié inférieure, est remplacée par une saillie qui ne laisse aucun doute sur l'existence d'une lésion à ce niveau.

A la palpation, on sent une tumeur du volume d'un œuf, à grand axe oblique de dedans en dehors, et de haut en bas, et qui soulève les téguments. La peau normale glisse à la surface de cette masse qui semble seulement adhérer dans la profondeur.

Elle n'a pas un volume constant ; elle diminue dans la flexion du genou, elle augmente, au contraire, dans l'extension complète de la jambe sur la cuisse. Elle est alors très tendue et sa fluctuation se perçoit moins nettement dans cette situation. Il n'existe à son niveau ni battements, ni expansion, ni souffle, et la compression des vaisseaux de la jambe ne modifie pas son volume. Cette tumeur liquide ne saurait donc être, un seul instant, de nature vasculaire anévrysmale, et ses caractères cliniques ne permettent pas de penser à autre chose qu'à un kyste poplité, développé, comme cela est la règle, aux dépens de la bourse séreuse du jumeau interne et du demi-membraneux.

Lorsque on appuie sur ce kyste, il n'a guère l'air de se réduire. Est-il indépendant de l'articulation, ou bien communique-t-il avec celle-ci par un orifice assez étroit pour que le passage des liquides ne s'y produise qu'avec lenteur ? C'est à cette dernière hypothèse qu'il faut se rattacher parce qu'une pression prolongée finit par faire diminuer le volume de la collection.

L'articulation du genou n'est pas restée indemne, elle est distendue par une quantité notable de liquide. La rotule est mobile, le choc rotulien se perçoit avec une grande facilité. Le cul-de-sac sous-tricepitol est le siège d'un épanchement abondant.

Mesurée à 2 cm au-dessus de la rotule, la cuisse présente, de ce fait, une circonférence de 42 cm alors qu'à gauche, à la même hauteur, on n'en trouve que 37.

De chaque côté de la rotule, on sent également du liquide, mais surtout on constate une sorte d'empâtement, analogue à celui que donneraient des fongosités, et à ce niveau, particularité importante à noter, la pression est vraiment douloureuse.

Lorsqu'on étudie les mouvements qui se passent dans cette articulation, on remarque que la flexion est limitée, qu'elle ne peut descendre au-dessous de 45°. L'extension est complète. Il n'y a pas de mouvements de latéralité, et les tentatives de mobilisation de l'article ne réveillent aucune douleur.

La jambe n'est pas atrophiée. Il n'y a pas de ganglions dans le pli de l'aîne.

Le malade n'a pas maigri, il est resté apyrétique. L'examen des poumons ne révèle aucune lésion. Jamais de douleurs articulaires. Le rhumatisme est donc hors de cause.

Ce malade a été suivant les indications de M. le professeur Poncet, opéré le 5 décembre dernier par le docteur Vignard, chef de clinique chirurgicale.

La ponction du kyste a fourni 30 grammes d'un liquide rougeâtre, filant, et 50 grammes d'un liquide

semblable ont été retirés, dans la même séance, de l'articulation du genou; compression ouatée, immobilisation de la région malade et du membre inférieur correspondant.

Une certaine quantité de ce liquide a été injectée à des cobayes. Ces inoculations ont été négatives ainsi que nous l'avons du reste, indiqué en tête de cette observation.

Il n'en est pas de même, au point de vue de la confirmation du diagnostic de kyste poplité tuberculeux, de recherches complémentaires par la réaction du malade à la tuberculine, et par la séro-réaction suivant le procédé de MM. Arloing et Paul Courmont.

Dans les premiers jours qui ont suivi l'opération, deux injections sous-cutanées de tuberculine ont donné une *réaction locale intense*, telle qu'on l'observe dans les lésions manifestement tuberculeuses.

D'autre part, la séro-réaction pratiquée par M. Paul Courmont, lui-même, a été très nettement positive.

On connaît la grande valeur diagnostique de ces deux modes d'investigation.

Ils nous permettent, chez notre malade, en dehors des signes cliniques, qui avaient déjà permis à M. Poncet de porter le diagnostic de synovite tuberculeuse, d'affirmer la nature tuberculeuse de ses lésions, et de conclure, comme nous l'avons donné à entendre, à un kyste poplité de nature tuberculeuse.

OBSERVATION II

Publiée par M. Thevenot dans le *Bulletin Médical* du 3 mars 1904

Kyste médian du creux poplité de la bourse séreuse du jumeau interne, avec arthrite du genou correspondant de nature bacillaire, chez une jeune fille de vingt et un ans, porteur d'anciennes cicatrices écrouelliques et atteinte actuellement de tuberculose pulmonaire.

Marie M..., 21 ans, demeurant à Moirans (Isère), entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, n° 5, le 29 janvier 1903, pour un kyste médian du creux poplité droit avec une arthrite du genou correspondant.

Ses parents sont en bonne santé. Elle a eu la rougeole à l'âge de 6 ans.

Vers l'âge de 7 ans, elle aurait eu une adénite cervicale suppurée, qui lui a laissé une cicatrice caractéristique; pas de ganglions actuellement. La malade a été réglée à onze ans; depuis lors, elle l'a toujours été régulièrement.

L'affection actuelle remonte à trois ans environ. A cette époque, cette jeune fille commença à éprouver des fourmillements dans le creux poplité, et constata la présence d'une petite tumeur mobile, disparaissant complètement dans la flexion de la jambe sur la cuisse.

Cette tumeur non douloureuse, augmenta petit à petit de volume. Celle-ci, d'ailleurs n'était pas constante ; elle s'accroissait après une longue marche et diminuait par le repos.

Il y a trois semaines, la tumeur devint plus grosse, plus dure et douloureuse.

Actuellement, à l'inspection, on constate, au niveau de la partie médiane du creux poplité droit, un gonflement de la grosseur d'un petit œuf de poule, sans changement de coloration des téguments, sans battements.

A la palpation, la tumeur est indolore, manifestement fluctuante, et réductible par la pression. Cette réduction se fait d'elle-même, dans les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse. En refoulant d'une main le kyste, alors que l'autre main repose sur la face antérieure de la rotule, on perçoit un léger soulèvement de celui-ci, en même temps qu'une fine crépitation.

Pas de battements, de frémissement, ni de thrill.

A l'auscultation, pas de souffle.

Etat général bon ; seul l'appétit est un peu diminué.

L'examen des poumons révèle un début de tuberculose au sommet droit. Il existe, à ce niveau, en arrière, de la submatité, de l'obscurité, du murmure respiratoire et de gros frottements superficiels ; en avant un peu de submatité, d'augmentation des vibrations, et de l'obscurité des bruits respiratoires.

En raison de ces symptômes et des signes d'arthrite légère, M. Poncet conseille dans le traitement, de s'occuper exclusivement de l'arthrite.

7 février 1903. — Sous anesthésie à l'éther, pointes de feu avec le thermo-cautère sur le genou, genouillère silicatée. La malade part chez elle le 8 février et revient le 16 mars. Le kyste a un peu diminué de volume, mais le choc rotulien se perçoit encore facilement. La jambe est raide, les mouvements gênés et un peu douloureux. Les signes d'auscultation persistent. La malade, dont l'état local est amélioré, est renvoyée chez elle à la campagne, avec un traitement général.

OBSERVATION III

Publiée par M. le Dr Thevenot dans le *Bulletin Médical*
du 3 mars 1904

Kyste du creux poplité droit développé aux dépens de la bourse du jumeau interne.

Ultérieurement, kyste du côté opposé de même siège, chez une jeune fille atteinte à l'âge de 11 ans d'une méningite et porteur actuellement de ganglions cervicaux et d'une synovite des extenseurs du pouce et des radiaux ; ces deux dernières lésions étant nettement de nature tuberculeuse.

Marie X..., de Veynes (Hautes-Alpes) sans profession. Mère bien portante, âgée de soixante-trois ans. Père mort à 68 ans d'attaque d'apoplexie. Deux sœurs en bonne santé.

La malade a eu une méningite à 11 ans. Cette affection a duré environ trois semaines, et pendant dix jours son état a été très grave. Le diagnostic porté fut : *méningite tuberculeuse*. Depuis lors, elle aurait souvent des maux de tête ; ils apparaissent dès quelle veut faire un travail un peu minutieux (broderie, calculs...). Elle a conservé aussi de la faiblesse générale. Il est plus que vraisemblable qu'elle eut alors une méningite uniquement séreuse, d'origine tuberculeuse et qui a guéri spontanément à la manière d'autres méningites de même nature, guérison dont un élève de la clinique, M. le Dr Bouclier, a du reste, dans sa thèse, apporté plusieurs observations (1). Régulée à seize ans et régulièrement. Menstruation douloureuse.

En octobre 1901, elle vint trouver M. le professeur Poncet pour un kyste du creux poplité droit survenu depuis un an environ. Elle éprouvait de la gêne dans le genou, surtout lorsqu'elle avait marché beaucoup, et au moment de ses règles. Le kyste communiquait largement avec l'articulation qui renfermait du liquide. Il avait le volume d'une petite mandarine et son extirpation se fit sans difficulté. Le liquide qu'il contenait était clair ; la poche avait une surface lisse, unie agranulique, afongueuse, et il semblait que l'on avait affaire à un kyste simple, uniquement inflammatoire, du creux poplité.

La malade partit, guérie, à la fin du mois d'octobre.

Trois ou quatre mois après, elle accusa de la gêne

(1) BOUCLIER, — Meningopathies inflammatoires et autres d'origine tuberculeuse (Th. de Lyon 1902).

dans le genou gauche et ressentit les symptômes qu'elle avait éprouvés à droite. En explorant le creux poplité, elle y trouva un kyste un peu moins gros que le précédent. Ce kyste a actuellement le volume d'une petite pomme. Il occupe la moitié inférieure du losange poplité et se réduit facilement à la pression.

Légère hydarthrose du genou. La malade éprouve un peu de gêne articulaire lorsqu'elle marche, surtout si le genou n'est pas maintenu, serré dans une bande.

Depuis un an, il existe au niveau du poignet droit, de la tuméfaction.

La synoviale des radiaux et celle de l'extenseur du pouce sont distendues par du liquide (synovite tendineuse chronique). Il ne paraît pas y avoir de grains riziformes dans la poche.

La quantité de liquide épanché dans les gaines tendineuses n'a rien de fixe; elle augmente ou diminue souvent sans motif apparent; la fatigue pourtant l'augmente, la couture en particulier.

Depuis six mois, la gaine du fléchisseur de l'annulaire droit est également envahie. Les mouvements de flexion sont gênés et la malade souffre quand elle veut serrer un objet quelconque. La tuméfaction est peu marquée. La malade perçoit de petits craquements dans les mouvements.

Pas d'amaigrissement ni d'essoufflements. Pas de signes pulmonaires. Sueurs nocturnes abondantes. Il existe de petits ganglions cervicaux formant chapelet.

La malade les porte depuis huit ans, ils sont survenus après un bain froid. A ce moment elle éprouve des douleurs dans les deux jambes, sans localisations

articulaires; elle eut des ganglions cervicaux du volume d'une noix. L'arsenic, l'iodure, etc., les firent disparaître momentanément.

Cette jeune fille qui est à coup sûr une bacillaire, ainsi qu'en témoignent son passé pathologique, les synovites tendineuses actuelles, etc., est renvoyée à la campagne et soumise à un traitement général.

OBSERVATION IV

Docteur Garnier. Thèse de Paris 4890-91. — Due à l'obligeance de M. le D^r Critzman, ex-interne des Hôpitaux de Paris.

Kyste tuberculeux de la bourse commune du creux poplité à type mycomateux.

Le nommé X., âgé de 20 ans, maçon, entre le 16 janvier 1890 à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Tillaux pour une tumeur qu'il porte dans le jarret.

Pas d'antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels, le malade a eu une coxalgie à 10 ans, une péritonite à 12 ans.

Il y a un an, à la suite d'une marche forcée, le malade ressentit des élancements douloureux dans le genou droit. La douleur augmentait à la suite d'une fatigue ou d'une marche un peu longue.

Il y a environ neuf mois, le malade remarque au

niveau du bord interne, de la partie inférieure du creux poplité une tumeur indolente, de la grosseur d'un œuf de pigeon, tumeur qui le gênait beaucoup pour marcher. Cette tumeur augmente peu à peu, et aujourd'hui elle présente le volume d'un œuf de poule.

Le 10 février 1890, le malade à la suite d'une marche un peu plus longue ressentit des douleurs vives dans le genou et vint demander son admission à l'hôpital.

Le genou droit était plus volumineux que le gauche de 2^{cm} environ. Les fossettes latérales de l'articulation sont effacées. La palpation du genou donne la sensation d'une masse empâtée. Fluctuation obscure. Pas de choc rotulien. Vers la partie inférieure du creux poplité, on aperçoit une tumeur arrondie, globuleuse, de la grosseur d'un gros œuf de poule. La peau est normale, la tumeur est rénitente, manifestement fluctuante, bien circonscrite et immobile dans les parties profondes.

Elle est indolente et irréductible.

La tumeur vu son siège est probablement un kyste du jumeau interne.

Opération le 20 février 1890.

M. Tillaux incise longitudinalement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et tombe sur la tumeur.

La ponction donne issue à une grande quantité de matière gélatineuse, rouge-jaunâtre, tremblottante, translucide. Le kyste est ensuite disséqué et reséqué.

La plaie guérit par première intention.

Quinze jours après, le malade demande à sortir avec un genou assez amélioré.

L'examen histologique démontre que le contenu du kyste était myxomateux et que les parois présentaient des cellules géantes.

Le malade, d'ailleurs, rentrait à l'hôpital quatre mois après avec un genou franchement tuberculeux.

OBSERVATION V (PERSONNELLE)

Recueillie à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le Professeur Pollosson
(Salle St-Joseph)

*Kyste poplité médian, avec synovite fongueuse du
genou droit chez un jeune homme atteint de tuber-
lose pulmonaire.*

Ablation du kyste.

Accidents articulaires progressifs.

X..., 33 ans, marié sans enfants, exerce la profession de mécanicien.

Antécédents héréditaires. Son père est mort à l'âge de 73 ans, d'un refroidissement. Sa mère est morte dans un asile d'aliénés.

Il a eu trois frères, dont deux sont vivants et bien portants. Le troisième paraît, d'après le récit du malade, être mort, au bout de six mois de maladie, de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. Le malade est hypospade. Bien portant pendant sa jeunesse. A 18 ans, il a eu

une bronchite qui s'est accompagnée d'hémoptysies, avec amaigrissement, perte de forces, sueurs nocturnes. Depuis, il tousse et s'enrhume facilement tous les hivers.

A 21 ans, le malade a été atteint de blennorrhagie qui a guéri complètement.

A 27 ans, il a eu un chancre induré de la verge, suivi quelque temps après d'une roséole légère et sans autres accidents. Jamais de rhumatismes.

Il y a quatre mois, il ressentit des douleurs au genou droit. L'articulation enflait à la fin de la journée où à la suite d'un travail pénible. De plus, la flexion était difficile et le malade ressentait des craquements pendant les mouvements articulaires.

En même temps apparaissait dans le creux poplité, sur la ligne médiane, une tumeur de la grosseur d'un œuf siégeant au niveau de l'articulation, très probablement dans la bourse du muscle poplité. Cette tumeur était lisse, renitente, non adhérente à la peau et sans pédicule, très tendue dans l'extension, elle disparaissait, à la flexion, qui était très difficile, en faisant bomber la rotule et les ailerons. Choc rotulien très net.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu le 8 décembre 1903.

Il est opéré quelques jours après dans le service de M. Pollosson. On pratique l'excision du kyste qui contenait un liquide séreux, couleur gelée de groseille, et dont les parois étaient épaissies, sans tubercules apparents.

Après suture de la plaie, le membre est mis dans un appareil plâtré. La cicatrisation par première inten-

tions s'opère au bout de trois semaines. Le malade sort à ce moment de l'hôpital.

Revu un mois après, cet homme boite encore sérieusement. La plaie est guérie mais le genou est encore le siège d'accidents inflammatoires d'allure subaigue. Douleur à la pression dans les régions latérales. On constate une légère hydarthrose avec choc rotulien. Les mouvements sont en partie conservés.

Le malade est amaigri, il a des sueurs nocturnes, et à l'auscultation on constate en arrière de l'obscurité au sommet droit avec quelques râles sous-crépitants.

Le diagnostic de synovite fongueuse s'affirme de plus en plus ; d'autant mieux que les lésions viscérales et articulaires sont en pleine évolution.

Il retourne chez lui à la campagne.

OBSERVATION VI

Recueillie dans le service de M. Jaboulay à l'Hôtel-Dieu, par M. l'Interne du service, (Salle St-Sacerdoce lit n° 27).

Kyste poplité interne avec suppuration bacillaire du genou droit chez un homme adulte. Absence de lésions pulmonaires, mais accès de rhumatisme ayant les allures du rhumatisme tuberculeux. Ponction de l'hydarthrose.

Pierre B., 67 ans, cultivateur, demeurant à Bigonne entre le 9 mars 1904 à l'Hôtel-Dieu, Salle St-Sacerdoce,

au lit n° 26, dans le service de M. Jaboulay, pour une tumeur blanche du genou,

Son père est mort à 48 ans d'une affection pulmonaire. Sa mère est morte à 40 ans.

Il a deux frères et deux sœurs tous en bonne santé.

Comme antécédents personnels, il a eu la petite vérole à 30 ans. Il y a quelques années il a eu une bronchite qui lui a duré une quinzaine de jours.

Marié à 25 ans, il a eu sept enfants, dont six sont morts jeunes. Il ne lui reste plus qu'une fille âgée de 35 ans.

Il y a environ cinq mois, le malade, qui n'a jamais eu de rhumatisme, ressentit des douleurs dans les deux genoux. Ces douleurs furent assez vives, s'accompagnant de gonflement. Puis elles gagnèrent l'épaule.

Au bout de trois mois les douleurs du genou gauche et de l'épaule ont disparu, seules celles du genou droit ont persisté.

Pendant les deux derniers mois, les douleurs diminuèrent d'acuité. Le gonflement augmenta et les mouvements de l'articulation devinrent de plus en plus gênés.

Actuellement, ce qui frappe au premier abord, c'est l'enflure du genou. Elle est générale, mais prédomine particulièrement de chaque côté du tendon du quadriceps ainsi que du tendon rotulien.

A la palpation on sent de la fluctuation dans les endroits sus-indiqués. Le choc rotulien est net.

Pas de douleur à la pression sur les points osseux, à la propulsion du talon. Les mouvements sont limités, la flexion s'accomplit par un angle de 45° environ.

Dans le triangle poplité, au niveau de la bourse du jumeau interne, on remarque une grosse tuméfaction ovoïde, de la dimension d'une poire. Elle est lisse mobile, fluctuante, ne disparaît pas à la pression, ni dans la flexion. Le malade affirme que ce kyste est survenu en même temps que les lésions articulaires, il a grossi insensiblement et ne paraît pas dû à un effort ou à une contusion du genou.

Dans l'aîne on constate des ganglions non douloureux. Il y a une notable atrophie de la cuisse et une contracture légère de ses muscles.

A l'auscultation on ne trouve rien au poumon ni au cœur.

Température 37,4.

Le 12 mars on pratique une ponction sur le côté interne du genou. Il en sort du pus plutôt séreux.

Le kyste poplité ne se vide pas pendant la fonction. Il est donc indépendant de l'articulation.

On injecte dans cette dernière de la glycérine iodoformée et on immobilise le membre dans un plâtre.

Le malade s'en va chez lui le lendemain.

Nous voyons donc que pour ce dernier cas seulement le kyste est indépendant et communique cinq fois sur dix avec l'articulation. Presque toujours nous trouvons de l'arthrite concomitante.

Les signes cliniques, l'évolution des lésions articulaires, les manifestations tuberculeuses sur d'autres organes etc., ont chaque fois établi leur nature bacillaire, alors que souvent cependant on eut pu croire à de simples kystes séreux.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Le diagnostic de la tuberculose poplitée, repose surtout sur un ensemble de signes locaux et de considérations générales, comme pour toute tuberculose chirurgicale.

Nous n'entrerons pas dans l'analyse des signes cliniques, énumérés partout, des kystes du creux poplité. La seule question qui dans l'espèce nous intéresse est de savoir si le kyste est de nature tuberculeuse.

Deux cas peuvent se présenter : 1° Le kyste communique avec l'articulation. 2° Il paraît indépendant de cette dernière. Dans le premier cas, suivant les caractères de l'arthrite, on augurera de ceux du kyste. Dans le second cas, comme pour des manifestations articulaires par exemple du rhumatisme tuberculeux, on soupçonnera la tuberculose par l'état général du malade, par ses antécédents ou par d'autres manifestations bacillaires passées ou présentes, etc... Enfin comme dans d'autres tuberculoses chirurgicales de nature douteuse, l'épreuve par la tuberculine, la séro-réaction, l'inoculation du liquide recueilli, ne devront pas être négligées. Tous ces moyens d'investigation sont, on le sait, d'un précieux secours diagnostique.

Dans tous les cas, que le kyste poplité ait toutes les

allures d'un kyste séreux simple avec ou sans hydarthrose, qu'il soit au contraire symptomatique d'une véritable arthrite fongueuse, le pronostic, surtout le pronostic éloigné devra, comme le montrent nos observations, être toujours des plus réservés. Il le sera d'autant plus qu'il existe une arthrite concomitante.

TRAITEMENT

Deux cas peuvent également se présenter :

1° Le kyste est indépendant de l'articulation, sans arthrite du genou ;

2° Il communique avec l'articulation ; il existe des signes d'arthrite, d'hydarthrose, etc., dont il n'est qu'un épiphénomène.

Dans la première hypothèse le traitement est le traitement de choix des kystes poplités, c'est-à-dire l'ablation du kyste sous le couvert d'une asepsie parfaite.

Dans la deuxième éventualité, si le kyste a un certain volume, surtout s'il est douloureux, gênant, etc., entraînant des troubles fonctionnels plus ou moins sérieux, on procédera également à son ablation, mais on s'occupera aussi, et non moins, de traiter l'arthrite dont il est symptomatique. C'est alors que la révulsion locale, que les pointes de feu plus ou moins pénétrantes, que des injections modificatrices intra-articulaires, etc., le tout combiné avec l'immobilisation de la jointure malade, pourront être indiqués. Plus tard si les lésions tournent à la véritable tumeur blanche, l'arthrotomie, la résection du genou, etc., suivant l'âge des sujets pourront trouver leurs indications. On comprend que nous n'entrons pas à cet égard dans plus de détails,

car il ne s'agit plus du traitement d'un kyste poplité du genou, mais bien de celui d'une ostéo-arthrite tuberculeuse.

Il va sans dire que le traitement général a, comme dans toutes les tuberculoses, une importance capitale et qu'il aura d'autant plus de chances d'être efficace qu'il aura été institué plus tôt, c'est-à-dire à une époque plus rapprochée du début du kyste. On comprend dès lors tout l'intérêt qu'offre un diagnostic précoce de la tuberculose poplitée.

Il ne faut pas oublier en effet que pour ces hygromites séreuses, que pour ces hygromites para-tuberculeuses, qui sont, somme toute, des formes atténuées de bacillose, le pronostic est moins sévère, comme dans des arthropathies de même forme, de même nature, que pour des bacilloses plus virulentes avec produits tuberculeux.

Par un traitement local et général approprié et institué dès le début, il sera possible d'éviter une évolution locale plus grave, la transformation par exemple d'une hydarthrose, d'une synovite simple en apparence, en une ostéo-arthrite tuberculeuse.

CONCLUSIONS

Il existe des kystes du creux poplité de nature tuberculeuse, qui ne se séparent pas par leurs signes cliniques et anatomo-pathologiques des kystes du même ordre, dits simples ou séreux et que l'on attribue encore volontiers, en dehors de certaines causes locales, à l'arthritisme, au rhumatisme, sans autre épithète, etc.

Ces kystes, d'origine bacillaire rentrent alors, comme l'a montré M. Poncet, dans les manifestations du rhumatisme tuberculeux.

Ils peuvent être primitifs c'est-à-dire être la première atteinte de la tuberculose à forme rhumatismale; ils peuvent être également consécutifs ou secondaires, c'est-à-dire apparaître dans le cours ou peu de temps après d'autres accidents articulaires de même nature et être symptomatiques d'une arthrite du genou voisin.

Dans leur pathogénie, dans leur évolution, ils sont, on le comprend, tout à fait assimilables à d'autres

localisations des bacilles atténués, de leurs toxines sur les synoviales articulaires, sur d'autres séreuses. Ils justifient une fois de plus cette nouvelle et importante notion de pathologie générale, bien mise en lumière par M. Poncet et ses élèves, à savoir que la tuberculose inflammatoire peut frapper tous les tissus, tous les organes et que certains kystes poplités qui paraissent d'origine traumatique, mécanique, enfin souvent de cause indéterminée pouvaient être également produits par le virus tuberculeux.

Après une courte enquête, nous rapportons cinq observations personnelles de kystes poplités de cette nature. Ce n'est probablement pas trop préjuger que de supposer leur fréquence relative, en tenant compte de la fréquence de la tuberculose.

Il appartient à des recherches ultérieures, orientées dans le sens par nous indiqué, de justifier cette manière de voir, de compléter cette étude des plus intéressantes, que nous n'avons pu, faute de temps, qu'essayer.

Le Président de la Thèse,
PONCET.

Vu :
Pour le Doyen,
L'Assesseur : HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 26 Mars 1904.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

GARNIER. — *Des kystes du creux poplité*. Thèse de Paris, 1890-91.

A. PONCET. — *Rhumatisme tuberculeux ou pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire*. Académie de Méd., séance du 23 juillet 1901.

Rhumatisme tuberculeux abarticulaire. Localisations viscérales ou autre du rhumatisme tuberculeux. Acad. de Méd., séance du 15 juillet 1902.

A. PONCET et M. MAILLOUD. — *Rhumatisme tuberculeux*. Œuvre médico-chirurgicale du D^e Artzmann. Paris, Edition, 1903.

A. PONCET. — *Rhumatisme tuberculeux. Kystes du creux poplité de nature tuberculeuse*. Leçons cliniques publiées par le D^e L. Thévenot dans les *Annales médico-chirurg. du Centre*. Tours, 3 janvier 1904.

L. THIÉVENOT. — *Kyste du creux poplité de nature tuberculeuse*. Bulletin médical, 2 mars 1904.

